

טופס הסכמה: כריתה רדיקלית של בלוטת הערמונית עקב שאת ממאירה

Radical Prostatectomy for Malignant Tumor

הניתוח מבוצע בחולים, לשם הסרה מלאה של בלוטת הערמונית ושלפוחיות הזרע לאחר שבביופסיה נמצאה אצלם שאת ממאירה של בלוטת הערמונית.

ניתן לבצע כריתה רדיקלית של בלוטת הערמונית במספר גישות:

1. גישה פתוחה בחתך ביטני - Radical Retropubic Prostatectomy
2. גישה פרינאלית בחתך מתחת לשק האשכים ומעל פי הטבעת - Radical Perineal Prostatectomy
3. גישה לפרוסקופית בה מוכנסים מכשירי הניתוח ומצלמה דרך חתכים קטנים בעור והמנתח מבצע את הניתוח כשהוא רואה את אזור הניתוח במסך ואוחז את המכשירים בידיו Laparoscopic - Radical Prostatectomy
4. גישה לפרוסקופית בסיוע רובוט- גישה לפרוסקופית בה מוכנסים זרועות מכניות דרך חתכים קטנים בעור והמנתח מבצע את הניתוח על ידי הפעלתן מרחוק תוך הסתכלות במסך - Robot Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy.

בחירת הגישה המתאימה ביותר לביצוע הניתוח נתונה לשיקול דעתו של הרופא המנתח, שיתבסס על תנאים אובייקטיביים הקשורים בחולה ובמחלתו. לאחר הניתוח יושאר צנתר בכיס השתן לתקופה שבין מספר ימים לשלושה שבועות ואף יותר בהתאם לשיקול דעתו של הרופא המנתח.

על הצורך בביצוע הפעולה של כריתה רדיקלית של בלוטת הערמונית עקב שאת ממאירה - Radical Prostatectomy for Malignant Tumor בגישה _____ (להלן: הניתוח העיקרי).

כמו כן, ניתן לי הסבר על דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה ובהתאם למצבי, לרבות מעקב אקטיבי, קרינה חיצונית, ברכיתרפיה (הקרנה פנימית), טיפול תרופתי וכן, הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהטיפולים הללו.

אני מצהיר ומאשר בזאת כי ניתן לי הסבר על התוצאות המקוות ועל תופעות הלוואי של הניתוח העיקרי לרבות כאב ואי נוחות, דימום וצריבה לאורך השופכה, שיתוק זמני של פעילות המעיים (paralytic ileus) ואי שליטה על מתן שתן ופגיעה בתפקוד מיני. משך השגת השליטה על השתנה משתנה בין מנותח למנותח ויכול לארוך עד שנה. פגיעה בתפקוד מיני צפויה באחוז גבוה מן המנותחים ושיקום התפקוד יכול להמשך עד שנתיים. חיתוך דו צדדי של צינורות הזרע הינו חלק בלתי נפרד מן הניתוח ולכן יביא לעקרות. הפריה לצורך הולדת ילדים תיתכן עדיין בשיטה חוץ גופית.

שם החולה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

שם פרטי ושם משפחה _____

כמו כן, הוסברו לי הסיכונים והסיבוכים האפשריים, אשר כוללים, בין היתר סיבוכים כגון, דימום העלול להביא לקבלת מנות דם, זיהום שמקורו בדרכי השתן, בדרכי הנשימה או בפצעי הניתוח, פקקת ("טרומבוזת") בורידים העמוקים של הרגליים, תסחיף ריאתי, הפרעות קצב לבביות, אוטם שריר הלב, פגיעה ברקטום, היצרות או דלף בקו ההשקה שופכה-שלפוחית, חסימת שופכן=הצינור המוביל את השתן מן הכליה אל שלפוחית השתן. קיומה של אי שליטה מוחלטת על ההשתנה שנה לאחר הניתוח מופיעה ב – 2% מהמנותחים ועלולה להצריך ניתוח לתיקון הבעיה. הובהר לי כי פגיעה בתפקוד מיני, בדרגה כזו או אחרת, עלולה להיות קבועה ולהצריך טיפול תרופתי או אחר.

הסיבוכים הנ"ל עלולים להצריך התערבות פולשנית נוספת לשם טיפול בהם. כמו כן, אני מצהיר ומאשר בזאת כי הוסבר לי ואני מבין שקיימת אפשרות שתוך מהלך הניתוח העיקרי יתברר שיש צורך להרחיב את היקפו, לשנותו או לנקוט בהליכים אחרים או נוספים לצורך הצלת חיים, מניעת נזק גופני לרבות פעולות כירורגיות נוספות שלא ניתן לצפותן מראש, אך משמעותן הוסברה לי. לפיכך אני מסכים גם לאותה הרחבה שינוי או ביצוע הליכים אחרים או נוספים לרבות פעולות כירורגיות שלדעת רופאי בית החולים יהיו חיוניות או דרושות במהלך הניתוח העיקרי או אחריו.

הוסבר לי שבמידה והפעולה מתבצעת בהרדמה כללית / אזורית / חסימה עצבית ההסבר על ההרדמה יינתן לי על ידי מרדים.

אני נותן בזאת את הסכמתי לביצוע הניתוח העיקרי.

אני יודעת/ומסכים/ה לכך שהניתוח, וכל ההליכים האחרים, ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים, וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק, וכי האחראי לניתוח יהיה ד"ר:

שם הרופא/ה המנתח/ת

אני מצהיר/ה ומאשר/ת כי קבלתי מענה והסבר מפורטים לשאלותיי.

תאריך	שעה	חתימה
שם האפוסטרופוס	קרבת האפוסטרופוס	חתימת האפוסטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לחולה / לאפוסטרופוס של החולה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

מס' רישיון

חתימה וחותמת הרופא/ה

שם הרופא/ה

*מחקי/את המיותר.